

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924 - 1925 — N° 66

PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE ET VÉSICATOIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 26 Janvier 1925

PAR

Pierre-Jean-Marie-Michel FAURET

Né à MARSOUS (Hautes-Pyrénées), le 12 Septembre 1894.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CASSAËT, professeur	Président.
		SABRAZÈS, professeur	Juges.
		MICHELEAU, agrégé	
		DUPÉRIÉ, agrégé.....	

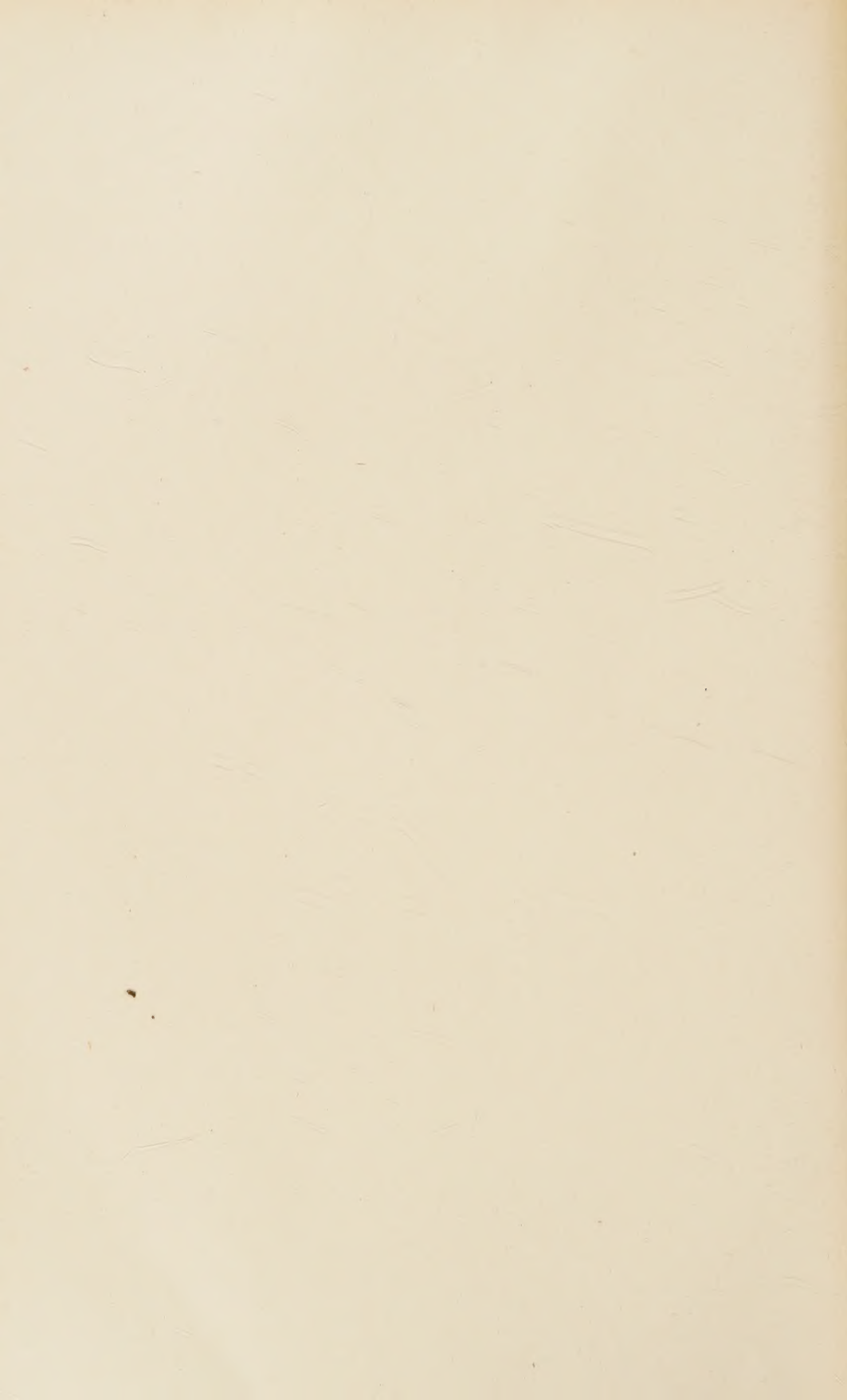
BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548625_0100



UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924 - 1925 — N° 66

PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE ET VÉSICATOIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 26 Janvier 1925

PAR

Pierre-Jean-Marie-Michel FAURET

Né à MARSOUS (Hautes-Pyrénées), le 12 Septembre 1894.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CASSAËT, professeur	<i>Président.</i>
		SABRAZÈS, professeur	<i>Juges.</i>
		MICHELEAU, agrégé	
		DUPÉRIÉ, agrégé.....	

BORDEAUX
Imprimerie Victor CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique...	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGES.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie...	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREULH.
Hygiène.....	AUCHE.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie...	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	N.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.		BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.		PAPIN.
	R. SIGALAS.	Chirurgie générale	JEANNENEY.
Parasitologie et sciences naturelles.....	N.		N.
Physique biologique et médicale	RÉCHOU.		N.
Chimie biologique et médicale....	N.	Obstétrique.....	PÉRY.
	MAURIAC.	Ophtalmologie	FAUGÈRE.
Médecine générale.....	LEURET.	Oto-rhino-laryngologie.....	TEULIÈRES.
	DUPÉRIÉ.	Pharmacie	PORTMANN.
	GREYX.		GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES ET ENSEIGNEMENTS :

MM.			MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	LABAT.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie minérale.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Hygiène appliquée.....	N.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.		
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes	N.		
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....	GOURDON.		

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de filiale reconnaissance.

A MES FRÈRES, A MES SŒURS

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR ANNA

A MON PREMIER MAÎTRE, L'ABBÉ FAURET

A MON GRAND-ONCLE, LE DOCTEUR BORDES

A MES ONCLES,
LE DOCTEUR GARCIE ET VICTOR FAURET

A TOUS MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE PIERRE BALENCIE

A MES AMIS.

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX
DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MICHELEAU

MÉDECIN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CASSAËT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales, nous avons l'agréable devoir d'exprimer notre profonde reconnaissance à nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux. Pendant les cinq années que nous avons passées à leur école, il nous a été donné d'apprécier les mérites de leur enseignement, et ce n'est pas sans un sentiment de regret, que nous nous éloignons d'eux, à la pensée des avantages que nous pourrions encore retirer de leurs leçons. Car leur science et leur dévouement n'ont pu faire que de nombreuses lacunes ne subsistent dans notre instruction professionnelle. Mais comme l'a dit le poète : « Fugit irréparable tempus ». Nous sommes de ceux qui ont dû consacrer à la défense de la Patrie, plusieurs années qu'il nous eut été plus profitable d'employer à l'étude de la Médecine

Nous adressons à M. le Professeur agrégé MICHELEAU l'hommage de notre vive gratitude, pour les conseils que nous lui devons, et pour l'accueil bienveillant que nous avons toujours trouvé auprès de lui.

M. le Professeur CASSAET nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous lui en avons une extrême obligation, et nous le prions de bien vouloir agréer nos plus respectueux hommages.



PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE ET VÉSICATOIRE

INTRODUCTION

Le sujet qui est traité dans ce modeste travail n'a pas le mérite de la nouveauté. Depuis les origines de la médecine, le vésicatoire a été employé dans le traitement de la pleurésie séro-fibrineuse, mais les violentes attaques, dirigées contre cet agent révulsif à la fin du siècle dernier, lui ont fait préférer des méthodes nouvelles.

Il ne semble pas qu'on ait eut beaucoup à se louer de cette révolution thérapeutique, puisqu'il existe des statistiques établissant que la mortalité par suite de pleurésie, a été accrue du fait de la pratique intensive de la thoracentèse. (1)

Aussi bien, ce résultat n'a rien de surprenant. Nous savons, en effet que, selon la théorie moderne de l'immunité, le liquide pleurétique doit être considéré comme une humeur de défense de l'organisme. Il apparaît dès lors, que la thoracentèse qui spolie le malade des anticorps contenus dans l'épanchement, est une opération tout à fait irrationnelle, qu'il ne faut pratiquer qu'exceptionnellement. Le vésicatoire, au contraire, laisse à l'organisme le

(1) *Union Médicale*, 1873, n° 53.

bénéfice de ces anticorps, tout en aidant à la résorption du liquide pleurétique. La pleurésie séro-fibrineuse que nous savons être dans la grande majorité des cas une tuberculose locale de la plèvre, se trouve grâce à l'usage du vésicatoire, dans les meilleurs conditions de guérison.

Par le fait même qu'il lutte contre l'infection tuberculeuse de la plèvre, l'épanchement a pour résultat d'opposer une barrière à l'envahissement des poumons par le bacille de Koch. Dans une communication à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, en mai 1923 Micheleau a déclaré avoir la ferme conviction que les pleurétiques ponctionnés, deviennent plus fréquemment tuberculeux, que ceux dont la pleurésie fut traitée par le vésicatoire.

Si le vésicatoire présente de tels avantages — tant immédiats qu'éloignés — il apparaît légitime, malgré les anathèmes lancés contre lui, de le considérer comme un très bon et même comme le meilleur remède, dans le traitement de la pleurésie séro-fibrineuse.

CHAPITRE PREMIER

Historique du Vésicatoire.

« Tout est dit et l'on vient trop tard depuis plus de 7.000 ans qu'il y a des hommes et qui pensent... l'on ne fait que glaner après les Anciens ». C'est en effet, aux origines de la Médecine que remonte l'usage du vésicatoire. D'après Huchard, le père de cet agent révulsif serait Asclépiade de Bithynie « fait un peu étonnant, remarque avec justesse Bablon, si l'on considère que ce clinicien fut l'un des adversaires les plus acharnés de la révulsion dans l'antiquité ». Pour d'autres, ce serait Arétée. Bablon soutient que cette paternité revient à Archigène, médecin de Néron, qui vivait au commencement du II^m^e siècle, un peu avant Arétée, et qui le premier en aurait parlé de la façon suivante : « Nous nous servons du cataplasme où entrent les cantharides, lequel fait de grands effets, pourvu que les petits ulcères qu'il produit demeurent longtemps ouverts; mais il faut en même temps garantir la vessie par l'usage du lait tant à l'intérieur qu'à l'extérieur ».

Galien et les Médecins de son école, Aétius, Paul d'Egine suivirent l'exemple d'Archigène : il en fut de même des médecins Arabes et de ceux de l'école de Salerne. Pendant tout le Moyen-Age, le vésicatoire se maintient dans la pratique, sans être toutefois d'un emploi très fréquent.

Le XVI^m^e siècle et la Renaissance ne lui sont pas favorables : il n'est employé à cette époque que dans de rares maladies. Paracelse, Fernel, Van Helmont lui témoignent

peu de tendresse; Ambroise Paré n'a recours à lui qu'après avoir essayé vainement les autres remèdes. Mais Mercurialis (de Bologne) en obtient d'excellents résultats dans une grave épidémie, et il n'hésite pas à proclamer « *nulum auxilium præstantius vesicantibus inveni* ». Après ces succès et d'autres encore dont Herculis Saxonia et Sennerthus déclarent lui être redevables, le vésicatoire gagne du terrain.

Au XVII^{ème} siècle, grâce aux travaux des Italiens, il est l'objet d'un véritable engouement. Sydenham et Boerhave l'emploient dans les fièvres, les pleurésies, les hydropisies. Malheureusement, comme il arrive toujours, de l'usage on passe à l'abus et une réaction commence avec l'ouvrage de Baglivi. « *De usu et abusu vesicantium* » où sont discutées les indications et les contre-indications du vésicatoire, et où l'on trouve cette conclusion qui reste toujours vraie : « *Quamvis vesicantia producant mala, non perinde tamen e republicâ medicâ sunt proscribenda* ».

Les abus et les errements continuent au XVIII^{ème} siècle, malgré les protestations de Van Swieten, et celles de Tralles de Breslau : (*Usus vesicantium salutaris et noxius*, 1776).

Dans la première moitié du XIX^{ème} siècle, où règnent les idées de Broussais, l'emplâtre cantharidien joue un rôle considérable, malgré les attaques de Louis, de Laënnec et de Rasori. Mais voici les mauvais jours. L'ère des doctrines microbiennes est pour le vésicatoire une période critique. On ne prétend à rien moins qu'à le proscrire absolument au nom de ces doctrines. Une véritable guerre civile éclate entre médecins. En 1898, huit séances de l'Académie de Médecine, sont autant de batailles, où les adversaires du vésicatoire, ayant à leur tête, Huchard et Laborde, se heurtent à ses défenseurs Robin, Ferrand, Hervieux, Lancereaux, Panas, Daremberg, Trasbot. Malgré l'anathème retentissant lancé contre lui par Huchard, du haut de la

tribune de l'Académie de Médecine, il n'a pas disparu de la pratique médicale « comme devraient disparaître toutes les médications surannées qui encombrent notre vieille pharmacopée ». Certes, l'atmosphère de suspicion qui l'entoure, à la suite de violentes attaques dont il a été l'objet, a détourné de son emploi un certain nombre de médecins, mais beaucoup aussi lui sont demeurés fidèles. A l'heure actuelle, il semble bien qu'un mouvement très net se dessine en sa faveur et qu'après une décadence passagère, il doit reprendre une place honorable dans l'arsenal thérapeutique.

CHAPITRE II

Abus de la thoracentèse et ses indications.

La thoracentèse n'est pas, tant s'en faut, une opération nouvelle, puisque Galien avait imaginé un appareil aspirateur, le pyulque, sorte de seringue munie d'une longue canule, destinée à entrer dans la plèvre. Mais jusqu'au milieu du siècle dernier, la pleurésie avec épanchement fut traitée presque exclusivement par des moyens médicaux, tels que révulsifs diurétiques, purgatifs et sudorifiques. C'est qu'avant l'ère antiseptique la ponction pleurale était une opération redoutable et redoutée. Dolbeau refusa de la subir, en disant qu'il aimait mieux mourir de la main de Dieu que de celle des hommes.

En dehors de l'œdème pulmonaire aigu, a vacuo, il y avait surtout lieu de craindre, à cette époque la transformation purulente de l'épanchement qu'on croyait imputable à l'entrée de l'air dans la plèvre, et que la baudruche dont on munissait le trocart de Reybard, se proposait d'éviter, sans y réussir toujours.

、 L'emploi des appareils aspirateurs a fait disparaître le danger de la pénétration de l'air, et grâce à l'asepsie la transformation purulente de l'épanchement est devenue une complication rare. Aussi, peu à peu, la défiance que suscitait tout d'abord la thoracentèse a fini par faire place à un véritable engouement. Comme l'a dit Micheleau : « La thoracentèse est devenue une simple piqûre immédiatement inoffensive, sauf circonstances spéciales, que les

médecins ne redoutent plus, que les malades acceptent sans effroi... On s'est mis à ponctionner, à revers de bras, pourrait-on presque dire, et comme si l'on voulait prendre sa revanche d'avoir eu pendant si longtemps peur de le faire ».

N'y a-t-il pas là un abus? Autrement dit, l'extension énorme prise par la thoracentèse, est-elle légitimée par les bénéfices que le malade en retire?

Dans une communication, faite en mai 1923 à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, M. P.-E. Micheau a soigneusement précisé les indications rares, à la vérité, de la thoracentèse, et exposé les raisons qui commandent de s'abstenir de la pratiquer, en dehors de certaines conditions bien déterminées. Voici ses principales conclusions :

1° Au point de vue immédiat — celui de la guérison de la pleurésie —, la thoracentèse ne doit jamais être pratiquée à la période d'invasion, même si l'épanchement semble avoir atteint 2 litres, sauf bien entendu, le cas où des accidents syncopaux ou asphyxiques absolument exceptionnels d'ailleurs, mettraient immédiatement en danger les jours du malade. La règle posée par Dieulafoy de ponctionner d'urgence un épanchement dès qu'il atteint 2 litres, ne doit s'appliquer qu'aux épanchements qui ont cessé de s'accroître. Micheau a en effet remarqué que dans les cas de mort subite, dus à l'abondance de l'exsudat, il s'agissait toujours d'épanchements refroidis. A la période d'invasion, pendant que l'épanchement est en voie de formation, il est bien mieux supporté par l'organisme.

Il y a une autre raison qui commande de s'abstenir de la thoracentèse à la période aiguë de la pleurésie sérofibrineuse, c'est que l'épanchement ponctionné à ce moment se reforme très vite, et en définitive le résultat le plus clair de cette intervention inopportune, est de troubler l'évolution naturelle de la maladie, et d'en allonger

la durée. Une ponction ne peut être utile, qu'à la période de déclin de la pleurésie, lorsque l'épanchement s'éternise, et que sa résorption ne paraît même pas s'amorcer.

2° Au point de vue des suites éloignées, la thoracentèse est-elle bienfaisante? C'est qu'en effet, comme le dit justement M. P.-E. Micheleau : « le médecin qui ponctionne une pleurésie ne doit pas seulement se demander s'il obéit à des indications thérapeutiques immédiates, mais si pour l'avenir, il dispose son pleurétique à mieux ou à moins bien se défendre contre la tuberculisation, dont la pleurésie peut être le point de départ. »

Nous savons aujourd'hui, que neuf fois sur dix, la pleurésie séro-fibrineuse aiguë est de nature tuberculeuse. L'observation clinique nous apprend aussi que cette tuberculose locale, a une tendance naturelle à la guérison spontanée. A l'époque où on ne la ponctionnait pas, la pleurésie guérissait le plus souvent, avec ou sans l'aide du vésicatoire, et il était exceptionnel qu'elle devint phthisiogène.

Si de nos jours tant de pleurétiques, deviennent tuberculeux, il est permis de se demander si la ponction n'y est pas pour quelque chose. Voici ce qu'écrit, à ce sujet, le Professeur agrégé Micheleau : « Un pleurétique que j'avais ponctionné deux ans auparavant, vint mourir à l'hôpital Saint-André de tuberculose pulmonaire. Il rapportait aux ponctions qu'il avait subies, et qui selon son expression, l'avaient « esquiné », la phthisie à marche rapide à laquelle il succombait. Opinion de malade, donc opinion sans valeur. Soit, opinion qui m'impressionna vivement tout de même. Je cherchai à la vérifier en recherchant parmi les statistiques de l'hôpital Saint-André le pourcentage de tuberculeux revenus après pleurésie ponctionnée ou non. Je ne pus naturellement recueillir aucun renseignement précis, cette statistique n'existant pas, pas plus que toute autre d'ailleurs. Je recueillis seulement un renseignement, un renseignement n'ayant pas plus de valeur scientifique

que celui du malade lui-même, un renseignement, venant des employés du bureau qui m'affirmèrent — et sans que je leur ai dit dans quel sens je dirigeais mes recherches — que d'après leurs remarques et leur souvenir, les pleurétiques ponctionnés revenaient beaucoup plus vite et beaucoup plus fréquemment se faire hospitaliser pour tuberculose, que les pleurétiques qui n'avaient pas été ponctionnés ».

A défaut de certitude mathématique, puisqu'aucune statistique n'a encore été dressée, il existe d'ores et déjà une certitude morale de ce fait que la pleurésie ponctionnée est plus souvent suivie de tuberculose pulmonaire, que la pleurésie non ponctionnée. Après vingt-cinq ans d'observation clinique, le Professeur Michelet ne craint pas d'affirmer que « les pleurétiques ponctionnés deviennent plus rapidement et en plus grand nombre phthisiques que ceux dont l'épanchement fut respecté et dont la pleurésie guérit par résorption ».

D'ailleurs, au lieu de regarder le liquide pleurétique comme toxique et infectant pour l'organisme, il paraît plus conforme aux faits, et à la doctrine de l'immunité, de considérer cet exsudat comme une humeur de défense « de défense immédiate contre l'agent pathogène qui produit l'inflammation pleurale, de défense éloignée contre la phthisie, dont la pleurésie n'est parfois que la première étape ». (Michelet).

Puisque l'observation clinique, nous apprend que la pleurésie séro-fibrineuse aiguë qui, dans la grande majorité des cas, est une tuberculose locale de la plèvre, guérit fréquemment, sans être le point de départ d'une tuberculose pulmonaire, n'est-il pas rationnel de penser que l'épanchement joue un rôle actif, contre la germination des tubercules?

Le liquide pleurétique s'oppose au développement du processus tuberculeux, par une action mécanique, et par une action humorale.

A) *Action mécanique.*

1° L'épanchement immobilise le poumon sous-jacent, et nous savons que cet état atélectasique du poumon, le place dans les meilleures conditions de résistance au bacille de Koch. La méthode de Forlanini n'a pas d'autre but que cette immobilisation du poumon, réalisée naturellement par l'exsudat pleurétique.

2° Le liquide, en s'opposant au frottement des feuillets pleuraux, diminue les risques d'ensemencement. Car, ainsi que l'a montré Le Damany, la ponction d'un épanchement sur le cadavre, s'accompagne d'ampliation pulmonaire. Les fausses membranes peu extensibles, qui tapissent les feuillets de la plèvre, ne pouvant suivre ce mouvement d'ampliation, craquent de toutes parts, et créent ainsi de nouvelles voies d'entrée à l'infection.

B) *Action humorale.*

Le liquide pleurétique contient des bacilles de Koch peu virulents, qui, repris par la plèvre, dont le pouvoir absorbant est diminué, sont susceptibles de favoriser l'immunité active. Il en va de même pour les tuberculines, qui résorbées, elles aussi, concourent activement au même résultat.

Il est légitime de penser que l'épanchement renferme également des anticorps spécifiques. Des expériences de Courmont (Société de Biologie, 28 mai 1898), démontrent que la sérosité tuberculeuse de la plèvre, est douée d'une puissance bactéricide très nette sur le bacille de Koch.

Konzelmann (*Beitrag zur klinik der Tuberkulose*), directeur d'un sanatorium, près de Zurich, a publié vingt-cinq observations d'épanchements pleurétiques survenus à différentes périodes de la tuberculose pulmonaire. Il se produisit une amélioration du processus tuberculeux, chez deux malades sur trois à la première période, chez dix sur quatorze à la deuxième et chez trois sur neuf à la troisième.

Puisque l'épanchement pleurétique s'oppose au développement et à la propagation du processus tuberculeux, la thoracentèse, qui soustrait à l'organisme, un si puissant moyen de défense, apparaît comme une opération tout à fait irrationnelle, et la conclusion logique est qu'on ne doit y recourir que d'une façon exceptionnelle, pour parer à un danger pressant.

Il y a quelque cinquante ans, Peter avait remarqué que la mortalité de la pleurésie, allait en augmentant, et il attribuait cet accroissement de la léthalité, au fait qu'il y avait eu une addition, et aussi une soustraction à la thérapeutique de cette maladie. L'addition c'était la thoracentèse. La soustraction, c'était la méthode antiphlogistique.

CHAPITRE III

Action du Vésicatoire dans la pleurésie.

Mulla renascentur quæ jam cecidere.

Tout à fait au début de la pleurésie séro-fibrineuse, dès que le bruit de frottement est perceptible, l'application d'un vésicatoire serait susceptible, d'après Peter, d'empêcher la formation de l'épanchement et de couper court à la maladie. Il est fort possible que les choses se passent ainsi quelquefois; en tout cas, il est rationnel de penser qu'à ce moment où l'élément congestif domine la scène, se produit un spasme des vaisseaux pleuro-pulmonaires, bientôt suivi d'une congestion secondaire, réellement efficace pour lutter contre l'infection.

S'il est difficile de prouver que le vésicatoire s'oppose à la naissance de l'épanchement, il est certain qu'il prévient les grands épanchements, quand il est appliqué d'une façon précoce. Dans ses conférences cliniques à l'Hôpital Saint-Antoine, Peter rapporte que les pleurétiques qu'il a traités, au début, par les ventouses scarifiées, les vésicatoires et les diurétiques n'ont jamais présenté de gros épanchements, et qu'il n'a jamais été obligé de leur faire subir la thoracentèse. Viaud-Grand-Marais apporte lui aussi, un témoignage identique : « j'attribue à l'emploi répété, et largement pratiqué du vésicatoire, écrit-il, de n'avoir jamais eu l'occasion de faire ou de laisser faire la thoracentèse pour une pleurésie aiguë, et d'avoir presque toujours évité le passage de celle-ci à l'état chronique ».

A la période d'état, lorsque l'épanchement est formé, il

est fréquent de le voir se résoudre, à la suite de l'application d'un ou de plusieurs vésicatoires. « Que de fois, dit Bouillaud, j'ai vu sous l'influence d'un vésicatoire, un épanchement pleurétique diminuer ou disparaître dans un espace de temps de vingt-quatre heures ou de trois ou quatre jours ». Le Professeur agrégé Michelet a rapporté à la Société Anatomico-Clinique de Bordeaux, le cas d'une malade qui présentait un très gros épanchement, justiciable d'une ponction qu'il comptait faire le lendemain du jour où il avait pratiqué son examen. Entre temps, et à son insu, un vésicatoire fut appliqué. Le jour suivant, il eut la surprise de trouver l'épanchement diminué de moitié, et la malade dans un état de « mieux être considérable », si bien que la thoracentèse devint inutile.

A la période de déclin, lorsque l'épanchement est long à se résoudre, et menace de créer des adhérences, l'emplâtre aux cantharides est un remède précieux. Il évacue par dérivation le liquide d'œdème engorgeant les espaces lymphatiques et les interstices des éléments cellulaires, il excite la leucocytose qui est un des meilleurs moyens de défense de l'organisme, il stimule la circulation locale et générale, et active la diurèse. « Il faut alors, comme le dit Jaccoud, fouetter les capillaires dilatés et parésiés pour en commencer la désobstruction. Sous l'influence de l'irritation cutanée et de l'hyperhémie qu'elle détermine (parésie vasculaire) un phénomène inverse se passe dans les parties où l'inflammation s'est retirée, mais encore œdémateuses, et le retrait des vaisseaux dilatés en assure la désobstruction qui amènera la résorption de l'exsudat ».

Il n'y a pas de meilleur remède au point de côté de la pleurésie, que l'application d'un vésicatoire, loco dolenti. Calme-t-il la douleur en produisant un appel sanguin, en substituant une sensation douloureuse artificielle à la douleur primitive, ou bien par une action inhibitrice ou dynamogénique sur les centres nerveux? Au fond, la question importe peu. L'essentiel, c'est qu'il apaise la souffrance.

Aussi Valleix, dans son « Traité des Névralgies » a-t-il pu écrire : « Le vésicatoire appliqué sur les divers points douloureux doit être encore plus généralement adopté qu'il ne l'a été jusqu'à ce jour ».

Certes, l'application du vésicatoire s'accompagne de douleur, mais cette sensation douloureuse factice est infiniment mieux supportée par le malade, que le point de côté. Les adversaires du vésicatoire lui ont reproché de n'être qu'un tourment de plus pour le malade. Le reproche ne serait fondé que si la douleur propre du révulsif s'ajoutait purement et simplement à la douleur primitive, au lieu de se substituer à elle, en vertu du vieil adage d'Hippocrate : « *Duobus doloribus simul abortis, vehementior obscurat alterum.* »

Il ne suffit pas de se préoccuper de l'action immédiate d'un remède; son action éloignée mérite aussi d'être soigneusement étudiée. C'est un fait que la pleurésie séro-brineuse est parfois le point de départ d'une tuberculose pulmonaire. Le problème qui se pose est de savoir s'il existe une relation entre les suites de la pleurésie et la manière dont elle fut traitée. Cette question de l'avenir des pleurétiques en fonction du traitement de leur pleurésie, commence à peine d'être mise à l'étude. Aucune statistique n'existe encore à ce sujet; et c'est là une lacune qu'il appartient à l'avenir de combler. Mais en attendant le témoignage des chiffres, il faut prendre en considération le témoignage des cliniciens. Or, le Professeur agrégé Micheleau a été conduit à déclarer, après vingt-cinq ans d'observation clinique, que la pleurésie traitée par le vésicatoire est moins souvent phthisiogène que la pleurésie ponctionnée. Il nous est impossible de porter un jugement, dicté par l'expérience, sur cette conclusion de notre maître, mais nous sommes bien en droit de constater qu'elle cadre parfaitement, avec les données qu'on possède, touchant le rôle de défense de l'épanchement, vis-à-vis de l'infection tuberculeuse.

CHAPITRE IV

Propriétés du Vésicatoire.

Après avoir parlé de l'action bienfaisante du vésicatoire au cours de la pleurésie séro-fibrineuse, il est intéressant d'étudier, ce qu'on nous permettra d'appeler le mécanisme de cette action, autrement dit, les propriétés du vésicatoire.

a) *Le vésicatoire est un excitant du système nerveux et du système vasculaire.*

Son application a pour effet d'irriter les extrémités nerveuses des téguments et cette excitation locale se transmet au système nerveux central qui réagit à son tour sur l'appareil circulatoire, par voie réflexe. Dans une première phase, il se produit un spasme des vaisseaux qui amène une ischémie des organes profonds; puis, après un temps variable avec les sujets, le spasme cesse et la vaso-dilatation profonde s'installe. Après un stade d'ischémie, survient un stade d'hyperhémie. Comme conséquence de cette vaso-dilatation, il se produit par voie réflexe un rétrécissement des artères périphériques qui élève d'autant la pression artérielle, et donne plus d'énergie aux contractions cardiaques.

b) *Le vésicatoire a un rôle antimicrobien et antitoxique.*

En effet, il est un stimulant actif de la phagocytose, ainsi que l'ont démontré de nombreux auteurs tels que Lie-

breich, Valvassori, Péroni, Marigliano, Ferrand, etc. Il ne détermine pas seulement une accumulation de leucocytes sous la peau, mais une véritable création de globules blancs une hyperleucocytose générale. Il suffit pour s'en convaincre de prélever une goutte de sang, à la pulpe du doigt d'un malade à qui l'on a appliqué un vésicatoire : on constate une augmentation considérable du nombre des leucocytes.

Le vésicatoire ne se borne pas à cette multiplication des cellules blanches : il fait entrer dans la lutte contre l'infection, un autre moyen de défense de l'organisme tout aussi puissant. Dans une communication à la Société de Médecine de Berlin, en 1891, Liebreich a montré que la cantharidine provoque au niveau des capillaires sanguins, et surtout autour des points malades une transsudation abondante de sérum sanguin. Les propriétés bactéricides du sérum sont bien connues, à l'égard des infections. Mais en ce qui concerne la tuberculose, Liebreich a remarqué que l'état œdémateux du poumon est particulièrement défavorable au développement du processus tuberculeux. Il s'agit en somme, d'une véritable autosérothérapie.

c) Le vésicatoire accroît la ventilation pulmonaire.

Sous l'influence du vésicatoire, l'activité des échanges organiques est accélérée. Ainsi que l'a démontré Robin, la consommation d'oxygène est augmentée, de même que la production d'acide carbonique « fait très important, dit Sépet, car l'absorption de l'oxygène est un des meilleurs moyens de défense de l'organisme contre les toxines ».

d) Le vésicatoire est diurétique.

Bablon cite, à ce sujet, trois observations démonstratives. Dans la première, le taux de l'urine s'élève de 1.000^{cc} à 2.000^{cc} le lendemain et 2.500^{cc} le surlendemain de l'application d'un vésicatoire (10/10 pendant 12 heures). Dans

la seconde, la quantité d'urine passe de 1.000^{cc} à 1.250 le jour suivant, 1.900 le surlendemain et 1.700 le troisième jour. Dans la troisième, le chiffre est de 900^{cc} avant l'application du vésicatoire, de 1.700 le lendemain et de 2.000 le surlendemain. Il est à noter qu'aucun de ces trois malades ne présenta la moindre trace d'albuminurie, et que leur pleurésie guérit parfaitement.

e) *Le vésicatoire est analgésique.*

Il calme la douleur, soit en produisant un appel sanguin, soit en substituant la sensation douloureuse, inséparable de son application, à la douleur primitive.

[CHAPITRE V

Inconvénients du Vésicatoire.

*Quamvis vesicantia producant mala non perinde
tamen, e republicâ medicâ sunt proscribenda.*

BAGLIVI.

Comme tout remède un peu actif, l'emplâtre aux cantharides présente des inconvénients, que personne ne songe à nier mais dont il ne faut pas non plus exagérer la fréquence, ni la gravité. Les adversaires du vésicatoire, ont voulu en proscrire absolument l'usage, au nom de ces accidents. Nous ne saurions mieux montrer ce qu'a d'excessif et d'illogique une pareille prétention qu'en rapportant les paroles du professeur Arnozan, à ce sujet : « Il n'est pas un seul remède, écrit-il, dans sa *Thérapeutique* qui n'ait malheureusement à porter la responsabilité de quelques accidents; en second lieu, le plus souvent, ces accidents peuvent être évités par des précautions judicieuses relatives aux dimensions, à la durée d'application de l'emplâtre et aux pansements ultérieurs; enfin, quoique la statistique soit impossible à établir, ils sont en réalité trop rares pour légitimer une pareille proscription ».

A) Inconvénients locaux.

Au niveau des téguments, le vésicatoire peut provoquer des abcès, des phlegmons, des ulcérations profondes du derme. Ces complications, plus fréquentes autrefois, sont

exceptionnelles, depuis qu'on prend des précautions aseptiques, et qu'on n'utilise plus que le vésicatoire volant. Il en va de même des éruptions de furoncles, d'ecthyma, etc.

Certaines affections susceptibles de provoquer les complications de la plaie, telles que l'érysipèle, la diphtérie, la goutte, le diabète, sont autant de contre-indications à l'usage du vésicatoire.

Les accidents cutanés, nous le répétons, sont fort rares. Dans certaines régions où le vésicatoire est un remède populaire, il est appliqué à tort et à travers sans l'avis du médecin, et en violation de toutes les règles de l'asepsie. En règle générale, contrairement à ce qu'on pourrait attendre, tout se passe sans ennuis. Le Dr Dupont rapporte (*Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1903), que, dans le Maine-et-Loire, il a vu, en quinze années de pratique, 2.625 plaies par vésicatoire, et sur ce nombre énorme d'emplâtres cantharidés, appliqués souvent dans des conditions défavorables, il n'a observé que deux cas d'ulcération grave de la plaie, qui nécessitèrent l'une, deux mois, et l'autre six semaines de traitement.

A part cela, écrit-il, il n'y a pas 2 % « d'emplâtrés » qui présentent une éruption furonculaire consécutive peu sérieuse, ou quelques abcès sans importance. Le reste guérit avec la plus grande rapidité, et sans le moindre accident.

B) *Inconvénients généraux proprement dits.*

On a accusé l'emplâtre aux cantharides, de provoquer une élévation de la température, de l'insomnie et de l'agitation. L'influence du vésicatoire sur la fièvre n'est pas établie d'une façon certaine, et les expériences qui ont été faites, sur ce point, ont abouti à des résultats contradictoires. Bablon ayant recherché cette élévation thermique sur 80 malades, ne la trouva qu'une seule fois, et Grasset prétend que le vésicatoire, qui est un stimulant du sys-

tème nerveux, détermine un état « d'éréthisme circulatoire » qui pourrait en imposer pour de la fièvre, mais qui doit en être distinguée.

Le vésicatoire agite le malade? Mais cette action stimulante, bien loin qu'elle soit toujours une contre-indication, doit au contraire être recherchée dans bien des cas. Quant à l'insomnie, celle que procure le point de côté, est autrement redoutable, que celle qui est imputable à la révulsion.

C) Inconvénients spéciaux.

Voici le grief le plus sérieux contre le vésicatoire : c'est le fâcheux retentissement qu'il a parfois sur l'appareil urinaire. On peut affirmer, sans grandes chances d'erreur, que la principale raison qui détourne plusieurs médecins de l'usage de ce moyen thérapeutique, n'est autre que la crainte de la néphrite et de la cystite cantharidiennes. Assurément, cette crainte procède d'un louable sentiment de prudence, et demeure légitime, à la condition pourtant de n'être pas excessive, et pour ainsi dire prohibitive. C'est le cas de répéter la célèbre maxime : « *Non sunt prohibenda bona propter mala* ».

« Les accidents dus à l'élimination de la cantharide, écrit Hayem, sont rarement très développés; ils suivent une marche rapide, et se terminent favorablement. Ils se montrent dans la proportion de 10 % en comptant les cas légers aussi bien que les plus violents ». Bablon abaisse même cette proportion, jusqu'à près de 2 %. Guyon n'a jamais eu l'occasion d'observer la cystite cantharidienne « ce qui tient, dit-il, à la courte durée habituelle et à la rareté de cette affection ». Grasset écrivait en 1898 : « On applique journellement des vésicatoires dans notre service, et nous n'avons jamais eu d'accidents ».

Une conclusion se dégage de ces témoignages, qu'il serait facile de multiplier, c'est que les complications rénales et vésicales, dues au vésicatoire, sont loin d'être fréquentes,

et qu'elles sont bénignes dans le plus grand nombre de cas.

Ce n'est pas à dire, loin de là, que le médecin puisse se dispenser de connaître l'état du rein des sujets auxquels il juge opportun de prescrire un ou plusieurs vésicatoires. Il a toujours le devoir de rechercher la valeur fonctionnelle du rein, et s'il découvre des traces de néphrite, s'il s'agit d'un vieillard âgé ou artério-scléreux, ou bien d'un sujet présentant des signes de diabète, d'ictère, ou d'une infection susceptible de se porter facilement sur le rein, la prudence commande dans ces divers cas, le rejet de la révulsion cantharidienne.

Lorsqu'il n'existe aucune contre-indication à l'usage du vésicatoire, il faut encore diminuer les risques de ses effets fâcheux sur les voies urinaires, par quelques précautions dont nous parlerons bientôt.

CHAPITRE VI

Mode d'emploi du Vésicatoire.

La région sur laquelle on se dispose à appliquer un vésicatoire, doit être soigneusement lavée au savon, puis au sublimé. Après avoir légèrement chauffé le topique, on le maintient appliqué sur la peau, pendant quelques instants, puis on le fixe soit à l'aide d'une bande, soit plus simplement avec deux bandelettes de diachylon.

Il existe dans le commerce des toiles vésicantes, de toutes grandeurs. Mais, comme le danger d'intoxication croît avec la surface du topique, sans que l'effet utile soit pareillement augmenté, il est préférable de ne pas dépasser les dimensions de 10/10 ou 10/15 de côté.

Afin de prévenir l'absorption de cantharide, le vésicatoire doit être saupoudré de camphre, ou recouvert d'une lamelle de papier de soie, imbibée d'huile camphrée. Pendant qu'il reste en place, on fait prendre au malade du bicarbonate de soude, soit en nature, soit sous forme d'eau de Vals ou de Vichy.

La durée d'application est de deux heures chez l'enfant, de huit à dix heures chez l'adulte. Au bout de ce temps, on enlève le vésicatoire aussi doucement que possible, de manière à ne pas arracher l'épiderme, et avec une paire de ciseaux aseptiques on ouvre les ampoules, pour faire écouler la sérosité qui contient de la cantharidine en dissolution. Puis on fait un pansement aseptique, avec de la

vaseline boriquée ou camphrée, une compresse, une couche d'ouate hydrophile et un bandage de corps. Le pansement est renouvelé trois fois par jour au début, et matin et soir seulement dans la suite.

Après l'enlèvement du vésicatoire, on peut aussi appliquer comme premier pansement un cataplasme de farine de graines de lin, qu'on laisse en place de deux à cinq heures. Cette manière de faire offre l'avantage de provoquer la formation d'une phlyctène, quand le vésicatoire n'en a produit aucune. Lorsque le cataplasme est enlevé, on fend les bulles avec des ciseaux flambés ou bouillis, et il ne reste plus qu'à faire des pansements aseptiques, comme il a été indiqué.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé MICHELEAU)

P. P..., cultivateur à Beaurech (Gironde), âgé de 55 ans est entré le 6 juin 1924 à l'Hôpital Saint-André, Salle 13. Le début de sa maladie remonte au mois de décembre 1923. Il raconte qu'à ce moment, il commença à souffrir d'un point de côté, à la face antérieure et dans la partie inférieure de l'hémithorax droit; il éprouvait en même temps de la gêne respiratoire. Malgré cela, il continua son travail jusqu'au 1^{er} février 1924. A cette date, il fut obligé de s'aliter et il fit venir un médecin. Ce dernier pratiqua une ponction thoracique le 21 février, et retira un demi-litre de liquide. Le malade dit avoir éprouvé un grand malaise et de violentes secousses de toux après la ponction. Le 15 mars, il commença à se lever, mais voyant que ses forces ne revenaient pas et qu'il continuait à tousser, il se décida à entrer à l'hôpital dans les premiers jours de juin.

Père mort à 78 ans. Mère morte à 81 ans. Un frère âgé de 59 ans, bien portant. Lui-même a toujours joui d'une parfaite santé jusqu'au mois de décembre 1923.

Le 12 juin le malade est dans un état d'abattement et d'amaigrissement considérables. A l'inspection : pas de déformation apparente du thorax. La percussion révèle une diminution de la sonorité du côté droit. Vibrations vocales diminuées du même côté. A l'auscultation, on perçoit au sommet droit, tant en avant qu'en arrière, un souffle cavitairé, et des gargouillements. Plus bas quelques râles sous-crépitants, et diminution notable du murmure vésiculaire. A gauche, respiration soufflante au sommet, à peu près normale dans le reste du poumon.

Mort au mois de septembre.

OBSERVATION II (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé MICHELEAU.)

L. J..., 60 ans, manoeuvre, habitant Bordeaux. Entré le 24 juin 1924 à l'hôpital Saint-André, Salle 13. Dix jours auparavant, point de côté à droite et dyspnée. L'examen, dès son entrée à l'hôpital, révèle du côté droit du thorax une matité remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate. Vibrations vocales abolies. Pectoriloquie aphone. Voix de polichinelle et signe du son positif. Le malade souffre d'un violent point de côté et respire difficilement. Application d'un vésicatoire le 4 juillet. Le lendemain, le malade respire mieux, et son point de côté a entièrement disparu. On applique un autre vésicatoire le 13 juillet. Les jours suivants on note un abaissement du niveau de la matité, et le retour du murmure vésiculaire, dans des points auparavant silencieux. Nouveau vésicatoire le 20 juillet. La matité n'existe plus que dans le tiers inférieur du thorax. Au mois d'août, le malade quitte l'hôpital, entièrement guéri.

Observations extraites du *Marseille Médical* (1907).

OBSERVATION I (ROCHU).

G. R..., ménagère, 42 ans. Pleurésie. Bacillose. Cette malade entre à l'Hôtel-Dieu, salle Garnier, n° 10 (Service de M. le Professeur Boisset), le 8 novembre 1906. Elle a subi beaucoup de privations, a maigri d'une dizaine de kilos en six mois, et présente à son arrivée, des signes non douteux de bacillose, principalement au sommet droit (craquements secs). En outre, on note la présence d'un vaste épanchement à gauche, s'accompagnant des signes cliniques de l'épanchement. On applique alors, un premier vésicatoire du côté gauche, et une sérosité très abondante s'écoule de la phlyctène. Pas d'albumine dans les urines. La dyspnée cesse, mais bientôt apparaît une douleur lancinante du côté gauche. La température atteignant de nouveau 39° le 24 novembre, on met, *loco dolenti*, une

mouche de Milan, laissée en place 12 heures, que l'on fait suivre d'un pansement à la poudre de chlorhydrate de morphine. La douleur disparaît bientôt. Les phénomènes pleuraux cessent d'attirer l'attention, et un traitement hygiénique peut enfin être institué pour modifier le terrain bacillaire.

La malade quitte l'Hôtel-Dieu fin décembre, très améliorée.

OBSERVATION II (ROCHU).

F. A..., 25 ans. Cuisinier. Pleurésie. Entré à l'hôpital, salle Ducros, n° 12, le 12 novembre 1906, pour un point de côté : il localise sa douleur à gauche et au niveau du mamelon.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'un cancer. Père et frères bien portants.

Antécédents personnels. — Fièvre paludéenne contractée aux colonies, n'ayant produit que de rares accès. Ethylisme.

Etat actuel : pas de fièvre, légère dyspnée. Point de côté gauche. Quelques douleurs gastriques. Langue bonne. Pouls normal (78).

A l'examen. — A l'inspection, légère voussure à gauche et en arrière. A la palpation, diminution des vibrations vocales à gauche. La mensuration du thorax donne une augmentation de un centimètre en faveur du côté gauche. La pointe du cœur est abaissée. Espace de Traube en partie conservé. Percussion : matité dans le tiers inférieur du poumon gauche. Léger skodisme. A l'auscultation, égophonie et pectoriloquie aphone. Abolition du murmure vésiculaire à gauche. Urines normales. Le malade n'a jamais été ponctionné.

Les 4, 8 et 12 décembre, application successive de trois vésicatoires, qui se rendent maîtres peu à peu de l'épanchement diagnostiqué. Toutefois, après l'application du premier vésicatoire, la quantité d'urines émises en 24 heures descendit de 950 gr. à 400 gr. Il n'y eut d'ailleurs jamais d'albumine.

Le malade quitte l'hôpital complètement guéri, le 18 décembre 1906.

Observations extraites du *Bulletin général de Thérapeutique*
(Paris, 1881).

OBSERVATION I (BONAMY).

Soldat du train des Equipages militaires. 22 ans, couché au numéro 7, salle 2 des militaires de l'Hôtel-Dieu de Nantes.

12 Juillet. — Pouls à 100. Matité à droite de la poitrine. Diminution, absence même presque complète des vibrations thoraciques de ce côté. Murmure vésiculaire aboli, début tout récent.

13 Juillet. — Même état. Souffle. Prescription : vésicatoire n° 4. Potion de digitale du formulaire; deux litres de lait.

19 Juillet. — Pouls à 84. Le murmure vésiculaire commence à se percevoir. Prescription : potion de digitale.

20 Juillet. — La fièvre n'a pas reparu. Amélioration progressive des symptômes locaux. Le malade mange trois portions.

5 Août. — La respiration est bonne. Le murmure vésiculaire se perçoit partout.

Part en congé de convalescence le 9 août.

OBSERVATION II (BONAMY).

Homme d'une quarantaine d'années. N° 23, salle 9. Pris le 3 janvier d'une douleur de côté.

Vésicatoire immédiatement appliqué sur le point. Lundi 9 janvier, murmure vésiculaire diminué. Souffle au niveau de la gouttière vertébrale. Egophonie à la partie supérieure et inférieure de l'épanchement. Fièvre très modérée. Un peu de dyspnée.

Prescription : 4 grammes de feuilles de Jaborandi pour une tasse d'infusion.

11 Janvier. — Pouls à 88. Même prescription.

14 Janvier. — Egophonie à la base de la poitrine. L'épan-

chement diminue. Pas de fièvre. Prescription : 3 grammes de feuilles de Jaborandi.

16 Janvier. — Matité sensiblement moindre. Nouveau vésicatoire. Toujours continuation du Jaborandi.

25 Janvier. — Matité seulement relative. Murmure vésiculaire se perçoit très bien. Pas de fièvre. Dyspnée et toux ont tout à fait disparu.

Le malade sort guéri.

OBSERVATION III (BONAMY).

Garçon de 11 ans, habitant la commune de Vertou, près Nantes. Le petit malade qui présente les attributs de la scrofule, est malade depuis plusieurs semaines, lors de ma première visite, le 1^{er} mai 1873.

1^{er} Mai. — Ce jour, je constate avec le médecin habituel, M. de Sainte-Croix, de la fièvre vive (pouls à 120). Peau sèche. Respiration courte.

A la percussion, matité dans tout le côté gauche de la poitrine, avec absence de murmure vésiculaire par places. Dans les inspirations et sous l'aisselle de ce côté : râles secs, sortes de petits craquements fins. Craquements aussi, sous la clavicule du même côté.

Diagnostic. — Pleurésie de nature tuberculeuse (?) Prescription : continuer : *a*) les granules d'arsenic; *b*) l'huile de foie de morue; *c*) le sirop de lacto-phosphate de chaux. En plus vésicatoire de 12^{cm}. de diamètre.

10 Mai. — La matité a notablement diminué, la respiration s'entend un peu. Persistance des petits craquements fins dans l'inspiration, et des râles secs sous la clavicule. Pouls à 112. Pas de toux. Pas d'expectoration.

Prescription : vésicatoire de 15 sur 12 centimètres. Outre les autres prescriptions, prendre tous les jours pendant une quinzaine, une poudre composée de 5 cgr. de poudre de digitale et 25 cgr. de sulfate de quinine. Lait de chèvre.

20 Mai. — La sonorité s'accroît à la percussion du côté malade. La respiration s'y fait, le murmure vésiculaire s'y perçoit. Ni toux, ni expectoration. Pouls à 108. Le malade est plus gai.

Prescription : Continuer l'huile de foie de morue et la poudre de quinine et de digitale. Lait de chèvre. Badigeonnage du côté affecté avec la teinture d'iode.

9 Juin. — Le petit malade vient, accompagné de sa mère, me consulter à Nantes. Il n'a pas de fièvre et à part un peu de pâleur, il semble tout à fait bien portant.

Rien d'appréciable à la percussion et à l'auscultation de la poitrine.

Prescription : Continuer l'huile de foie de morue, le lacto phosphate de chaux, la viande crue.

Guérison qui ne s'est pas démentie depuis.

NOTA. — A propos de cette observation, Bonamy fait observer « qu'on ne saurait refuser une bonne part, dans l'heureux résultat obtenu, aux grands vésicatoires, et à l'iode appliquée extérieurement. »

OBSERVATION IV (BONAMY).

Artilleur, âgé de 21 ans. Salle des militaires, à l'Hôtel-Dieu de Nantes. Etait à l'hôpital depuis la fin de juillet 1879, quand je pris le service le 10 août. Le médecin qui m'avait précédé, avait reconnu l'existence d'une pleurésie avec épanchement.

10 Août. — Matité à la percussion depuis la base jusqu'à la fosse sus-épineuse en arrière et jusqu'à la clavicule en avant. Dyspnée intense. Obscurité de la respiration. Souffle dans la ligne de l'aisselle et en bas. Absence de vibrations thoraciques. Pouls à peine fébrile. Prescription : vésicatoire n° 4.

13 Août. — La matité a un peu diminué.

16 Août. — La matité diminue de plus en plus. Le murmure vésiculaire se perçoit un peu.

17 Août. — Vésicatoire n° 4. Lait.

20 Août — Lait et iodure de potassium. Tisane de genièvre.

27 Août. — Matité bien moindre. Son sous la clavicule. La respiration, un peu plus obscure que du côté sain, s'entend

néanmoins du haut en bas de la poitrine et très nettement. Un peu de frottement. Absence complète de fièvre.

Prescription : Continuer l'iodure de potassium et la tisane de genièvre.

Guérison.

STATISTIQUES extraites des *Archives Médicales Belges*.
(Bruxelles, 1876.)

Hôpital de Gand. — M. Dechange, médecin principal de 1^{re} classe : 7 pleurésies traitées par le vésicatoire et les hydragogues; 6 guérisons, 1 décès.

Hôpital de Bruxelles. — M. Lelong, médecin principal de 1^{re} classe : 7 pleurésies traitées par les révulsifs cutanés; 7 guérisons.

Hôpital d'Anvers. — M. Legros, médecin principal de 1^{re} classe : 10 pleurésies dont 2 traitées par la thoracentèse (3 opérations) — 2 décès — et 8 par la méthode ordinaire. 8 guérisons.

Hôpital de Liège. — M. Raymond, médecin principal de 1^{re} classe : 2 pleurésies traitées par la méthode ordinaire. 2 guérisons.

Hôpital de Tournai. — M. Wacquez, médecin principal de 2^{me} classe : 3 pleurésies, dont 1 traitée par la thoracentèse (3 opérations) 1 décès. 2 traitées par la méthode ordinaire, 2 guérisons.

Hôpital de Mons. — M. Dupureux, médecin principal de 2^{me} classe : 7 pleurésies traitées par la méthode ordinaire. 7 guérisons.

Hôpital de Louvain. — M. Célarier, médecin principal de 2^{me} classe : 2 pleurésies dont 1 traitée par la thoracentèse (1 opération) encore en traitement, et 1 traitée par la méthode ordinaire. Guérison.

Hôpital de Namur. — M. Riemslogh, médecin principal de 2^{me} classe : 3 pleurésies traitées par la méthode ordinaire, 3 guérisons.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES.

(J. BESNIER, — *Journal de Thérapeutique*, Paris, 1876).

OBSERVATION I. — Pleurésie aiguë. Symptômes généraux intenses. Vésicatoire le premier jour. Guérison en huit jours.

OBSERVATION II. — Pleurésie aiguë et tuberculose. Epanchement rapide. Vésicatoire au deuxième jour. Durée de la pleurésie : quinze jours.

OBSERVATION III. — Pleurésie aiguë et tubercules. Epanchement aux deux tiers inférieurs de la poitrine. Vésicatoire au troisième jour. Durée de la pleurésie : trois semaines.

OBSERVATION IV. — Pleurésie aiguë et anémie profonde. Epanchement à la moitié de la poitrine. Vésicatoire au quatrième jour. Durée de la maladie : quinze jours.

OBSERVATION V. — Pleurésie aiguë. Epanchement moyen. Vésicatoire au sixième jour. Durée de la maladie : quinze jours.

OBSERVATION VI. — Pleurésie aiguë. Epanchement aux deux tiers inférieurs. Vésicatoire au huitième jour. Durée de la maladie : trois semaines.

CONCLUSIONS

1° Il ne faut jamais ponctionner une pleurésie en période aiguë, hormis les cas d'extrême urgence. L'existence d'un épanchement égal ou supérieur à deux litres, n'est pas, à elle seule, une indication suffisante de pratiquer la ponction évacuatrice. Outre qu'il est très difficile d'évaluer exactement la quantité de liquide pleurétique, la règle posée par Dieulafoy de ponctionner les épanchements qui atteignent ou dépassent deux litres, ne doit s'appliquer qu'à ceux d'entre eux qui ont cessé de s'accroître.

2° Il semble que les pleurésies traitées par la thoracentèse, guérissent moins bien, et sont plus souvent suivies de tuberculose pulmonaire que celles dont l'épanchement fut respecté. Bien qu'aucune statistique n'existe encore à l'appui de cette opinion, et qu'il nous soit impossible d'invoquer en sa faveur notre expérience personnelle, il n'est que juste de remarquer qu'elle se fonde sur l'observation clinique, et qu'au surplus elle est en parfait accord avec les notions actuelles sur le rôle défensif de l'épanchement vis-à-vis de l'infection tuberculeuse.

3° Le vésicatoire prévient les grands épanchements, favorise la résorption du liquide pleurétique, et par ainsi rend inutile la thoracentèse, dans le plus grand nombre de cas. Sans parler de ses autres propriétés bienfaisantes, l'excellence de cet agent thérapeutique, consiste dans le pouvoir

qu'il a, tout ensemble, de parer aux inconvénients de l'épanchement et d'en laisser subsister les avantages.

4° Les accidents causés par le vésicatoire, rares à la vérité et facilement évitables, sont une raison de surveiller avec soin l'usage de ce topique, mais non de le proscrire.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

E. CASSAËT.

VU :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 15 Janvier 1925.

Le Recteur de l'Académie,

Pour le Recteur :

Le Doyen délégué,

C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- PETER. — *Leçons de Clinique Médicale*.
- MICHELEAU. — *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 1923.
- LEMOINE. — *Archives générales de Médecine*, Paris, 1903.
- COMBEMALE. — *Echo médical du Nord*, Lille, 1897.
- CAILLET. — *Courrier médical*, Paris, 1897.
- BABLON. — Thèse de Lyon, 1900.
- LE DAMANY. — *Presse Médicale*, Paris, 1898.
- OPPENHEIM et LAUBRY. — *Tribune médicale*, Paris, 1904.
- DECHANGE. — *Archives médicales belges*, Bruxelles, 1876.
- BESNIER. — *Journal de thérapeutique*, Paris, 1876.
- DAUVERGNE. — *Bulletin général de thérapeutique*, Paris, 1879.
- BONAMY. — *Bulletin général de thérapeutique*, Paris, 1881.
- BOURGOIN. — *Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales*, Paris, 1889.
- MUSELLI. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1898.
- LOBIT. — *Gazette Médicale de Paris*, 1909.
- THIROUX. — Thèse de Bordeaux, 1891.
- CARCONAGNE. — Thèse de Paris, 1897.
- SÉGELLE. — Thèse de Montpellier, 1902.
- MONGOUR. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1909.

FRAIKIN. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1910.

DAVEZAC. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1910.

CARRIEN et LAGRIFFOUL. — *Compte-rendu de la Société de Biologie*, Paris, 1906.

HUCHARD. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, Paris, 1896.

CAYLA. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1907.

MARTIN. — *Bulletin général de thérapeutique*, Paris, 1896.

WEILL. — *Lyon Médical*, 1910.

DUPONT. — *Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1903.

VIAUD-GRAND-MARAIS. — *Gazette Médicale de Nantes*, 1900.

ROCHU. — *Marseille Médical*, 1907.

